



Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE)

Evaluación de la política para la disponibilidad, calidad y accesibilidad de los servicios otorgados en las unidades de salud construidas y sustituidas en Guanajuato, 2013 – 2016 RESUMEN EJECUTIVO

1 0 1 11	
Investigador responsable	Equipo de trabajo
IIIVG3liqaddi IG3pdii3abiG	

Dr. José Pedro Saturno Hernández Dra. Ofelia Poblano Verástegui

Dr. Juan Eugenio Hernández Ávila

Dra. Lina Sofía Palacio Mejía

Mtro. Waldo Iván Vieyra Romero

Mtra. Diana Molina Vélez

Mtra. Concepción García Morales

Mtro. Amado David Quezada Sánchez

Mtra. Ana Lidia Salgado

Mtro. Arturo C. Bautista Morales

Mtra. Estephania Moreno Zegbe

Mtra. Cynthya Maya Hernández

Mtra. Alejandra Jiménez Aguilar

Introducción

Este estudio fue solicitado por el Gobierno del Estado de Guanajuato, a través del Instituto de Planeación, Estadística y Geografía del Estado de Guanajuato (Iplaneg), al Instituto Nacional de Salud Pública, para efectuar la evaluación de la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios otorgados en las unidades de salud construidas y sustituidas en Guanajuato, en el periodo 2013-2016. La disponibilidad es entendida como la suficiencia de infraestructura y establecimientos, bienes y servicios de salud; la accesibilidad, se analiza a través de las barreras para llegar a las unidades de salud y hacer uso de los servicios otorgados en las mismas; y la calidad, indicando si los bienes y servicios son apropiados a las necesidades de los pacientes, teniendo como elementos destacado la percepción de la calidad y satisfacción de los usuarios respecto a los servicios recibidos.

Para este propósito, se midieron los indicadores propuestos en los términos de referencia, y se construyeron indicadores adicionales que permitieron una aproximación de cada una de las dimensiones indicadas. Para el estudio de la disponibilidad y accesibilidad se utilizaron las fuentes de datos públicas disponibles, se construyó un sistema de información geográfica para su análisis geoespacial y dos tableros de control para análisis y seguimiento de la cobertura de atención primaria de salud y de los indicadores de productividad hospitalaria.

Para obtener información sobre la calidad y satisfacción con los servicios de salud en general y comparando las unidades de salud construidas y sustituidas en Guanajuato en el periodo 2013-2016 así como sus beneficios indirectos, se analizaron fuentes secundarias oficiales, y se realizó una encuesta a usuarios de los servicios de salud, a la salida de los mismos y en hogares.

Antecedentes y justificación

En México el derecho a la salud se debe garantizar y proteger a través de políticas y programas gubernamentales. A nivel federal, las estrategias y actividades a realizar quedan enmarcadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, cuyo Objetivo 2.3 es: "Asegurar el acceso a los servicios de salud", que incluye entre sus estrategias "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal" y "Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad", a través de "Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral", y "Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos", entre otras líneas de acción. En Guanajuato se cuenta con el Isapeg, organismo público descentralizado de la Administración Pública Estatal que tiene a su cargo la ejecución de la prestación de servicios de atención integral a la salud individual, familiar y comunitaria para la población abierta, así como de aquellas acciones que en

materia de salud establecen las leyes, reglamentos, decretos y acuerdos emitidos por el Gobernador del Estado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas propuso una observación general sobre el derecho a la salud en donde asevera que el acceso y uso efectivo de los servicios de salud incluye cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Para esta investigación se tomaron en cuenta tres de estos elementos: disponibilidad, accesibilidad y calidad, aunque en esta última dimensión se incluyen también aspectos de aceptabilidad.

Con este marco de referencia, el Sistema de Salud del estado de Guanajuato se ha caracterizado en los últimos años por un importante esfuerzo en mejoras de infraestructura enfocado a mejorar la disponibilidad, accesibilidad y calidad para beneficio de la población guanajuatense. Transcurrido este periodo, se justifica la necesidad de evaluar la situación actual, y los resultados en estas tres dimensiones, derivados de la intervención realizada por el Estado en materia de infraestructura en Salud.

Objetivo general del estudio

Analizar en las unidades de salud construidas y sustituidas durante el periodo 2013 – 2016, la disponibilidad, es decir, la suficiencia de infraestructura y establecimientos, bienes y servicios de salud; la calidad, que indica si los bienes y servicios de salud son apropiados a las necesidades de los pacientes, de acuerdo al Modelo de Atención en Salud; y, la accesibilidad, referente a las barreras que enfrentan las personas para llegar a las unidades de salud y hacer uso de sus servicios.

Objetivos específicos del estudio

- 1. Determinar los beneficios directos que obtiene la población atendida, derivado de que cuenta con una unidad de salud más cercana, y gracias a esto ha podido recibir atención con acciones que permitan impactar en los determinantes sociales de la salud, por ejemplo, acciones de prevención y promoción a la salud a lo largo de la línea de vida, atención médica integral a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, entre otras.
- 2. Determinar los beneficios indirectos que ha traído el crecimiento de la infraestructura en salud. Es decir, identificar si se ha beneficiado y cómo, tanto a la población atendida como al resto de la población. Por ejemplo, la rehabilitación de una calle que es acceso a una unidad de salud, beneficia a toda la población de una colonia, localidad o municipio.
- 3. Determinar las barreras económicas, de información y de ubicación geográfica de la población objetivo para acceder a los servicios de salud en los centros construidos o sustituidos.

- 4. Determinar hasta cuándo es sostenible la construcción y sustitución de unidades de salud, teniendo en cuenta los costos no solo de la obra, también, de operación: nóminas, medicamentos, equipamiento, etc.
- 5. Analizar la cobertura y el impacto que han tenido las unidades de salud con respecto a la demanda que presenta cada una, así como a las necesidades médicas de la población de acuerdo al catálogo establecido en el Modelo de Atención en Salud.
- 6. Describir, cuantitativa y cualitativamente, los tiempos de espera en las unidades de salud construidas y sustituidas.
- 7. Describir, cuantitativa y cualitativamente, el diferimiento quirúrgico en las unidades de segundo nivel de atención

Materiales y métodos

Estudio de corte transversal, con un diseño observacional, de tipo descriptivo, en el que se utilizaron fuentes de información primaria y secundaria, con dos componentes de actividades: trabajo de gabinete y trabajo de campo.

Componente de gabinete

En el componente de gabinete se analizaron las bases de datos de registros administrativos de infraestructura y servicios de salud disponibles en el repositorio de información del INSP y aquellas proporcionadas por el estado de Guanajuato y de dominio público en la Secretaria de Salud, así como los datos relevantes para el estudio de las Encuestas de Salud y Nutrición (ENSANUT), Encuestas de Satisfacción de Usuarios del Seguro Popular, y Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH).

Integración y análisis de registros administrativos: Construcción de un Sistema de Información Geográfica y tableros de control actualizables

El diseño analítico del componente de gabinete fue de carácter longitudinal retrospectivo. Se integró toda la información disponible en un sistema de información geográfica (SIG) que contiene las capas de población, a nivel urbano y rural. Las principales características y utilidades del SIG construido para Guanajuato incluyen el mapeo de todas las unidades médicas del estado (Figura 1), la estimación del área de influencia de las mismas (Figura 2), la evaluación de las redes de atención definidas por el Isapeg, el análisis espacio-temporal de los cambios en servicios y cobertura en el periodo en estudio, y las estimaciones de los indicadores de disponibilidad y accesibilidad requeridos. La metodología detallada de la construcción del SIG se encuentra en el informe en extenso y sus anexos correspondientes.

Análisis espacio-temporal de los cambios en servicios y cobertura en el periodo en estudio. Para determinar los beneficios directos que obtiene la población atendida derivado de las intervenciones de fortalecimiento de la infraestructura, ya sea por construcción o sustitución de unidades de salud durante el periodo 2013 – 2016, se realizó un análisis espacio temporal para determinar los cambios en la cobertura geográfica y de servicios a los que tiene acceso la población del estado de Guanajuato. Adicionalmente, se realizó un análisis con las bases de datos de servicios otorgados para identificar patrones de utilización de servicios de salud y los cambios que el fortalecimiento de la infraestructura ha ocasionado en ellos, así como en los indicadores de productividad de las unidades intervenidas y en las redes empíricas de servicios identificadas, de acuerdo con los tiempos de viaje establecidos para el desplazamiento de la población de una localidad a la unidad de servicios más cercana.

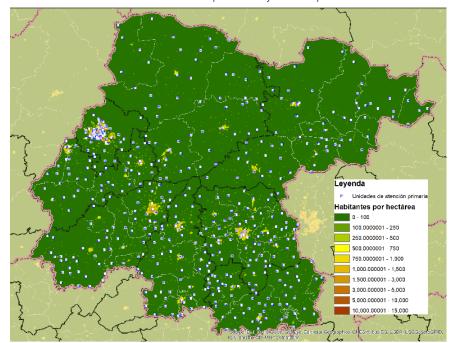


Figura 1. Mapa con la distribución de las unidades médicas de primer nivel y densidad poblacional en el estado de Guanajuato, 2017

Fuente: Elaboración a partir de datos del censo de 2010, la encuesta intercensal de 2015 para el Estado de Guanajuato, Subsistema de información sobre Equipamiento y Recursos Humanos e infraestructura para la atención de la Salud (SINERHIAS) y Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) en México, 2015

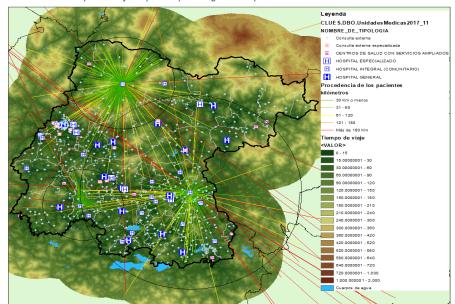


Figura 2. Estimación del tiempo de viaje requerido para llegar al hospital más cercano de acuerdo con el modelo de atención

Nota: En verde los tiempos de viaje inferiores a dos horas

Fuente: Elaboración a partir de datos del censo de 2010, la encuesta intercensal de 2015 para el Estado de Guanajuato, Subsistema de información sobre Equipamiento y Recursos Humanos e infraestructura para la atención de la Salud (SINERHIAS) y Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) en México, 2015.

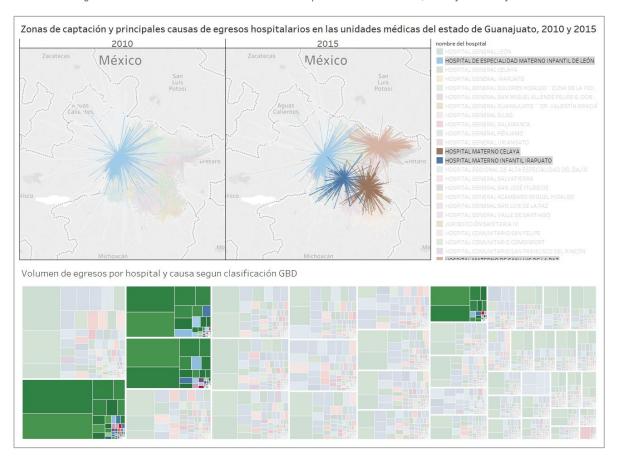


Figura 3. Estimación de las áreas de cobertura de hospitales materno-infantiles, Guanajuato 2010 y 2015

Fuente: Elaboración a partir de datos del censo de 2010, la encuesta intercensal de 2015 para el Estado de Guanajuato, Subsistema de información sobre Equipamiento y Recursos Humanos e infraestructura para la atención de la Salud (SINERHIAS) y Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) en México, 2015.

Estimaciones de los indicadores de disponibilidad, accesibilidad y calidad. Para valorar la disponibilidad y accesibilidad geográfica se utilizó un modelo geoespacial con base en la red carretera (Figura 2) y las condiciones topográficas e hidrográficas del estado, la distribución geográfica de las unidades y de la población. Un procedimiento similar fue aplicado para estimar la accesibilidad a las unidades de atención primaria, el cual permite identificar zonas sin cobertura.

Se estimaron los indicadores solicitados en los términos de referencia y se complementaron con indicadores utilizados internacionalmente. Los resultados sirvieron también de base para hacer un análisis prospectivo con el fin de determinar hasta cuando es sostenible continuar con la construcción o sustitución de unidades de salud.

Tableros de control actualizables. Se realizó un análisis geoespacial, que consideró la ubicación y capacidad instalada de cada unidad de primer nivel de atención, y la distribución de la población en el territorio, con el que se asignó la población objetivo a la unidad de salud más próxima (de acuerdo al tiempo de viaje) hasta

alcanzar su capacidad máxima de atención, fijada en 3,500 personas. Así, se estimó la población no cubierta según jurisdicción y ámbito urbano-rural.

En relación a los hospitales, se evaluó la productividad hospitalaria, a través del cálculo de indicadores usuales, como el número de camas censables, días promedio de estancia hospitalaria, porcentaje de ocupación, los egresos hospitalarios e intervalo de sustitución.

Con estos datos, y como parte integral del presente estudio se desarrollaron dos tableros de control para la presentación y consulta dinámica de los resultados obtenidos, que se encuentran disponibles en las siguientes direcciones de internet:

Tablero de control de cobertura de servicios de atención primaria a la salud:

https://isalud.insp.mx/t/Mortalidad/views/Cobertura1erNivelGto/Dashboard1?:embed=y&:showShareOptions=true&:display_count=no&:showVizHome=no

Tablero de indicadores de productividad hospitalaria:

https://isalud.insp.mx/t/UISP/views/coberturayproductividadhospitalariaGTOv102/Dashboard1?:embed=y&:showShareOptions=true&:display_count=no&:showVizHome=no

Ambos tableros son dinámicos en su consulta y se actualizan introduciendo nuevos datos de las variables que los alimentan.

Hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria.

Como parte del análisis de la calidad, se realiza un estudio de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (ACSC, por sus siglas en inglés), utilizando las bases de egresos hospitalarios del año 2010 a 2014, último disponible. Las hospitalizaciones por ACSC son un indicador de uso internacional e incluye un conjunto de condiciones de salud que, de tener un cuidado adecuado y oportuno, no deberían progresar a hospitalización. Se consideraron 19 padecimientos representados en 250 códigos CIE-10. Se estimó la frecuencia y las tasas de hospitalización y su evolución, ajustados por método directo con la población de 2010.

Componente de trabajo de campo

Para recabar información sobre algunos aspectos de la calidad, la accesibilidad e impacto de las intervenciones de fortalecimiento de la infraestructura para la atención a la salud en el estado de Guanajuato, se levantó información primaria en unidades médicas y en hogares. Adicionalmente, para el estudio del diferimiento quirúrgico se realizaron entrevistas en los hospitales seleccionados y una revisión de expedientes clínicos. En Cuadro I se presenta la distribución de la muestra por tipo de unidades, intervenidas y no intervenidas.

Cuadro I. Distribución de las unidades médicas seleccionadas para la muestra por tipo de unidad

			Seleccionada	seleccionada
Tipo de	Total de	No	con	sin
Unidad	Unidades	seleccionada	intervención	intervención
CAISES	52	40	6	6
CESSA	9	4	2	3
HC	19	14	2	3
HEPL	1		1	
HG	15	4	5	6
HM	4		3	1
UMAPS	438	419	10	9
Total	538	481	29	28

Con este esquema de muestreo se optimizó la cobertura de las encuestas a nivel hogar y las entrevistas de salida en unidades médicas dado que las áreas de influencia de los hospitales cubren la totalidad del territorio del estado de Guanajuato.

Instrumentos utilizados para las encuestas. Los instrumentos se elaboraron utilizando como insumos las encuestas de calidad percibida implementadas a nivel nacional e internacional. La propuesta de instrumentos fue discutida ampliamente y consensuada con los grupos de trabajo de Isapeg e Iplaneg.

Prueba piloto: A sugerencia del Isapeg, se programó el hospital General de Salamanca, y el INSP seleccionó la UMAPS de jardines del Sol para la validación los cuestionarios. Esta validación incluyó los instrumentos para aplicar en las unidades médicas. Ambos cuestionarios se refinaron tras el piloto y fueron aprobados por el Isapeg.

Capacitación: Los encuestadores fueron capacitados para la aplicación de cada uno de los instrumentos.

Estudio del diferimiento quirúrgico

Para describir, cuantitativa y cualitativamente, el diferimiento quirúrgico en las unidades de segundo nivel, se utilizaron dos instrumentos de recolección de información: expedientes del archivo de las unidades, y entrevistas a personal directivo y de salud. En relación a la *revisión de expedientes clínicos*, se revisaron los registros y la programación de cirugías electivas en diagnósticos frecuentes en hospitales generales (Colecistectomía, Colecistectomía laparoscópica, Reparación unilateral de hernia inguinal, no especificada de otra manera, Otra herniorrafia umbilical abierta, Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior). Para los hospitales maternos infantiles se incluyeron procedimientos con posibilidad de programarse (Otra histerectomía total abdominal y la no especificada, Otra destrucción u oclusión bilateral de las trompas de Falopio, Otra salpingooforectomía unilateral)

Resultados

1. Disponibilidad

Tanto en el primer nivel de atención como en el hospitalario, ha habido un aumento importante de la infraestructura, si bien parece que no se ha alcanzado la cobertura completa. Hay diferencias entre los dos niveles, siendo más problemático el hospitalario. Los déficits de cobertura en el primer nivel parece que afectan cuantitativamente sobre todo a determinadas zonas urbanas. Los indicadores de disponibilidad de personal, aunque han mejorado, distan todavía de ser óptimos. El resumen de resultados en cada indicador es el siguiente:

1.1. Recursos físicos y materiales

Indicador 1. Consultorios de medicina general o familiar por cien mil habitantes sin derechohabiencia a la seguridad social

El número de consultorios aumentó en casi 100 unidades durante el periodo estudiado y 23 unidades entre 2013 y 2016. Sin embargo, el número de consultorios de medicina general y/o familiar por cada 100 mil habitantes sin seguridad social en el estado de Guanajuato muestra una tendencia relativamente estable, probablemente por aumento también en la población no derechohabiente de la seguridad social. La evolución nacional es parecida, situándose Guanajuato por encima de los valores a nivel nacional en todo el periodo. El indicador en 2016, último año de la serie, fue de 27.87 consultorios por 100,000 habitantes sin seguridad social en Guanajuato y 27.16 en México. No hay fijado un estándar óptimo para este indicador, pero a tenor de los datos del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MAI), podemos decir que se alcanza el valor recomendable para el indicador de núcleos básicos por 3500 habitantes sin seguridad social. Sin embargo, estas cifras hay que complementarlas con el análisis de la distribución geográfica de estas unidades médicas, viendo distancias y capacidad resolutiva de cada unidad. Con estos matices, se observan ventanas de oportunidad para alcanzar 100% de cobertura geográfica.

Indicador 2. Centros de Salud de Servicios Ampliados (CESSA) por cada 20 mil habitantes sin seguridad social

Este indicador mostró un aumento en el periodo, reflejando la tendencia hacia la construcción de este nuevo tipo de unidades en el país. Los valores de este indicador son mucho más altos en el estado de Guanajuato (0.051) que a nivel nacional (0.032).

Si lo matizamos estimando la población usuaria de estos centros de salud según el MAI, se puede apreciar que el indicador alcanza un 25% de las necesidades. Esto quiere decir que, de acuerdo con el MAI; es aún necesario continuar con el desarrollo de la infraestructura de servicios ampliados de atención primaria

Indicador 3. Hospital Comunitario por cada 20 mil habitantes sin seguridad social

La razón de hospitales por 20,000 habitantes durante todo el periodo fue mayor en el estado de Guanajuato que a nivel nacional, aunque el número de hospitales comunitarios en el estado de Guanajuato se ha mantenido prácticamente constante durante el periodo de estudio. En 2016, la razón fue de 0.108, sin embargo, este indicador por sí solo no puede ser interpretado adecuadamente sin tener en cuenta que forma parte de una red de atención hospitalaria.

Indicador 4. Camas censables por cada mil habitantes sin seguridad social

Este indicador permanece más bajo que el equivalente a nivel nacional durante todo el periodo analizado. A pesar de que a nivel nacional se observó un decremento de 2.7% en 2016 respecto a 2010, mientras que en Guanajuato aumentó 8.2%. Este aumento refleja un esfuerzo por ampliar la disponibilidad de los servicios de atención hospitalaria a la población, pero, con 0.53 camas por 1000 habitantes, aún se está lejos de las 2.2 camas por 1000 habitantes que deberían tener los países de ingreso mediano según datos del Banco Mundial.

Indicador 5. Número de quirófanos por cada 100 mil habitantes sin seguridad social

Este indicador también se mantuvo por debajo en Guanajuato respecto a la del país durante estos años, aunque, como en la ratio de camas por 1000 habitantes, el aumento en Guanajuato de 2010 a 2016 (9.3%) fue mayor que a nivel nacional. Aunque no se encontró en la literatura un estándar para este indicador, en MAI se refiere que en 2004 había 2.5 quirófanos por 100,000 habitante sin derecho a la seguridad social. En Guanajuato había 2.85 en 2016.

Indicador 6. Número de salas de expulsión por cada 100 mil habitantes sin seguridad social

Las tendencias de las tasas de este indicador fueron más altas en Guanajuato respecto a la nacional hasta 2014 y por debajo de ésta en los dos años siguientes. Ambas mostraron una disminución durante el periodo observado, siendo mayor el descenso en Guanajuato con (81.22% frente a 56.96%). Este descenso es difícil de valorar, y solo podría tener sentido si va en paralelo a una disminución de los nacimientos, y quizás el aumento en la proporción de cesáreas que alcanza más del 45% en el estado.

1.2. Disponibilidad: Recursos humanos

Indicador 7. Médicos en contacto con el paciente por cada 3 mil habitantes en unidades de primer nivel de atención

Este indicador permanece relativamente estable desde 2012 (1.56 médicos por 3000 habitantes en 2016), mientras que a nivel nacional ha id en aumento y están por encima de Guanajuato desde 2015. No se alcanza, ni en Guanajuato ni en México, la cifra promedio (1.8 por 1000 habitantes) de 2013 en países de ingreso mediano, según el Banco Mundial.

Indicador 8. Enfermeras en contacto con el paciente por cada 3 mil habitantes en unidades de primer nivel de atención

Ha habido un aumento muy acusado en Guanajuato de este indicador desde 2014, pero el valor del indicador en 2016 (1.39 enfermeras por 3,000 habitantes sin seguridad social) sigue por debajo del valor nacional, y, ambos, del promedio de 8.8 enfermeras por 1000 habitantes que fue el promedio en 2012 en los países de la OCDE.

1.3 Accesibilidad física

El análisis de la disponibilidad de recursos se completa en términos de la accesibilidad física de los mismos, expresada con las estimaciones de tiempo de traslado en caso de necesidad de atención urgente. Reportamos las medianas en lugar del promedio dado que los valores no tuvieron una distribución normal, y en estos casos la mediana es un estadístico más robusto.

Indicador 9. Mediana del tiempo de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia

La mediana del tiempo de traslado al hospital la última vez que hubo un problema de salud fue de 30 minutos, tanto para nacional como estatal en los cuatro años analizados.

Indicador 10. Mediana del tiempo de traslado al hospital en caso de emergencia

Este valor fue también de 30 minutos en la mayoría de los años. En ambos casos, son valores aceptables, indicando que los eventuales problemas en la atención hospitalaria no van a depender de la distribución geográfica de los hospitales, sino más bien de su tamaños y funcionamiento.

2. Accesibilidad y pertinencia de ubicación e incremento en el volumen de los servicios ofertados en las unidades médicas.

En esta sección se presenta el análisis de cobertura potencial de la atención en primer nivel para los 3,746,422 habitantes, afiliados al Seguro Popular o no asegurados en 2015, que representan la población objetivo de los servicios estatales de salud. Fueron mapeadas 486 unidades básicas de atención, con 1,131 consultorios. Se realizó un análisis geoespacial, que consideró la ubicación y capacidad instalada de cada unidad de primer nivel de atención, y la distribución de la población en el territorio, con el que se asignó la población objetivo a la unidad de salud más próxima (de acuerdo al tiempo de viaje) hasta alcanzar su capacidad máxima de atención, fijada en 3,500 personas. Así, se estimó la población no cubierta según jurisdicción y ámbito urbanorural.

En relación a los hospitales, se evaluó la productividad hospitalaria, a través del cálculo de indicadores usuales, como el número de camas censables, días promedio de estancia hospitalaria, porcentaje de ocupación, los egresos hospitalarios e intervalo de sustitución.

Así mismo, se desarrollaron dos tableros de control, uno para atención primaria y otro para atención hospitalaria, para la presentación y consulta dinámica de los resultados obtenidos. Esto tableros de control actualizables con los nuevos datos que puedan estar disponibles en el futuro, se encuentran alojados en los servidores institucionales del Instituto Nacional de Salud Pública, disponibles en internet.

2.1. Servicios de atención primaria

Encontramos que alrededor del 92.8% de la población responsabilidad de los Servicios de salud del Estado de Guanajuato tenían acceso adecuado a los servicios de atención primaria a la salud y que, alrededor de 260 mil personas (7.2%) de la población objetivo no estaban adecuadamente cubiertos. Existieron diferencias importantes entre las jurisdicciones y según el ámbito de residencia. Se identifican focos a atender sobre todo en zonas urbanas, como León, Celaya, Irapuato y Guanajuato. El Cuadro II presenta el detalle de cobertura por jurisdicción.

0 1 11 0 11 11 1 1 1	11 17 1 1 1 1 1 1 1	1 1 11 17	40.0	15 1 1 0 1 1
Cuadro II. Capacidad instalada	v poblacion de responsabilidad	por iurisaiccion	i sanitaria en e	el Estado de Guanaluato

Nombre de la jurisdicción	Unidades	Consultorios	Capacidad	Manzanas/ localidades atendidas	Población total		Porcentaje de población cubierta	Población de	Población de responsabilidad no cubierta
Acámbaro	61	115	545,615	8,789	320,463	263,210	99.9	262,851	359
Celaya	78	197	903,245	17,776	993,663	624,050	91.9	573,392	50,658
Guanajuato	59	123	563,955	9,399	551,730	390,544	92.8	362,455	28,089
Irapuato	65	186	852,810	12,724	900,335	589,411	95.7	546,072	25,339
León	59	179	820,715	21,282	1,446,772	667,784	83.8	559,624	108,160
León Delta	46	100	458,500	6,525	469,648	326,804	95.4	311,678	15,126
Salamanca	56	161	774,865	12,990	678,867	488,525	96.8	472,655	15,870
San Miguel de Allende	71	111	563,955	6,756	446,203	362,436	97.0	315,385	11,051
TOTAL	495	1,192	5,483,660	96,241	5,598,776	3,557,376	92.7	3,296,601	260,775

Fuente: Elaboración a partir de datos del censo de 2010, la encuesta intercensal de 2015 para el Estado de Guanajuato, Subsistema de información sobre Equipamiento y Recursos Humanos e infraestructura para la atención de la Salud (SINERHIAS) y Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) en México, 2015. Nota: Las variaciones con el total de población se deben a que estos cálculos se hacen con la población estimada a nivel de localidad.

Un punto importante a señalar es el decremento en el número de consultas en las unidades de atención primaria, a pesar del aumento registrado en la infraestructura. Lo cual requiere mayor análisis para conocer sus causas. El detalle de los indicadores de cobertura puede consultarse en línea en el tablero de control: https://isalud.insp.mx/t/Mortalidad/views/Cobertura1erNivelGto/Dashboard1?:embed=y&:showShareOptions=t rue&:display_count=no&:showVizHome=no

2.2. Servicios de atención hospitalaria

El análisis de productividad hospitalaria generó importantes resultados que indican que los hospitales se encuentran sobre utilizados, principalmente hospitales generales y maternos. La Figura 4 muestra el

porcentaje de ocupación para cada hospital. El 50% se encuentra en niveles de ocupación que van de 54.4% a 97. 2%, pero más del 25% presentan tasas de ocupación superior al 100%; esto quiere decir que se están empleando camas no censables para la atención de pacientes hospitalizados, con los consecuentes riesgos para los pacientes y repercusión en la calidad de la atención. La cifra de ocupación debería estar entre 80 y 90 por ciento, para aprovechar los recursos disponibles en las unidades hospitalarias, y al mismo tiempo tener capacidad de respuesta en caso de emergencias. La mayoría de los hospitales con ocupación inferior al 54% son hospitales comunitarios. En ese sentido es necesario recomendar que se fortalezca la red de atención hospitalaria de forma que se generen los mecanismos para incrementar la utilización de los hospitales subutilizados y ampliar los que se encuentran sobre-utilizados.

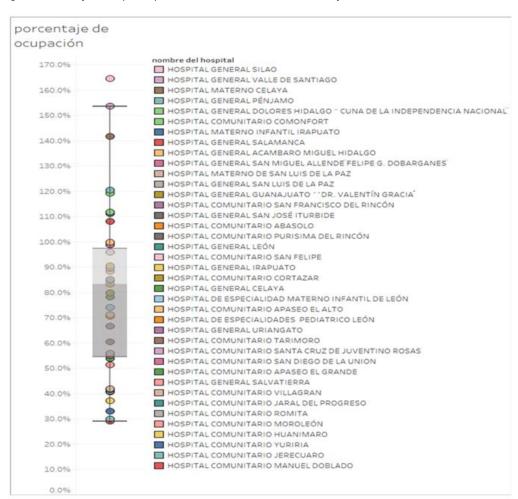


Figura 4. Porcentaje de ocupación por unidad médica en el estado de Guanajuato, 2015

Fuente: Elaboración a partir de datos del Subsistema de información sobre Equipamiento y Recursos Humanos e infraestructura para la atención de la Salud (SINERHIAS) 2015 y Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2015

Todos los indicadores hospitalarios pueden consultarse en línea en el tablero de control correspondiente:

https://isalud.insp.mx/t/UISP/views/coberturayproductividadhospitalariaGTOv102/Dashboard1?:embed=y&:showShareOptions=true&:display_count=no&:showVizHome=no_

3. Calidad de la atención

Se realiza en primer lugar un análisis de la evolución histórica de indicadores de calidad obtenidos de fuentes secundarias (encuestas de satisfacción de Usuarios del Seguro Popular, ENSANUT y MCS-ENIGH), completado con los resultados de la encuesta realizada expresamente para este estudio. Se incluyen indicadores de percepción general de la calidad y satisfacción con el servicio recibido, así como tiempos de espera y frecuencia y causas de ausencia de atención cuando se necesitó. Este análisis histórico de datos con base a encuestas se complementa con el de la frecuencia de hospitalizaciones sensibles a la atención ambulatoria (potencialmente evitables). En segundo lugar, con el objetivo de contribuir a la valoración del efecto en la población de las intervenciones realizadas en las unidades de atención, se realiza un análisis comparativo de los indicadores obtenidos de las encuestas de salida realizadas en pacientes atendidos en unidades intervenidas y no intervenidas, y en los hogares incluidos en el área de influencia de las mismas.

3.1. Evolución histórica de indicadores de calidad percibida

3.1.1. Valoración global de la calidad de la atención hospitalaria.

La calidad del servicio de hospitalización es, en general, considerado como bueno o muy bueno, manteniéndose con una tendencia creciente moderada entre 2012 y 2015 (80.9 a 89.8%). La encuesta más reciente de Satisfacción de Usuarios de Seguro Popular, correspondiente a 2016 puesto que no se realizó en 2017, indica una baja en el promedio a 79.5%, aunque la realizada para este estudio muestra una cierta recuperación.

3.1.2. Problemas de salud no atendidos

De acuerdo a datos de la ENIGH 2010, 2012 y 2014, el porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud se encuentra entre el 11.5 y 12.5%. El porcentaje en 2016 muestra un porcentaje mucho menor (4.5%), esta diferencia se relaciona con las diferencias en la población encuestada (en hogares en los años 2010-2012 y 2014, encuestas de salida de unidades médicas en 2016). Los principales motivos por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud fueron, la falta de dinero; porque hay que esperar mucho tiempo, y porque la persona se automedicó. Estos datos apuntan a la persistencia, no excesivamente frecuente pero real, de barreras de todo tipo para la utilización de los servicios de salud cuando se percibe la necesidad.

3.1.3. Evaluación de tiempos de espera.

El tiempo promedio de espera para ser atendido muestran un comportamiento fluctuante hasta 2015. La encuesta realizada para este estudio muestra el valor más bajo de toda la serie (39.5 minutos), que parece consolidar una tendencia descendente desde 2015.

3.1.4. Satisfacción con la atención recibida

La satisfacción global se ha venido midiendo con una pregunta directa sobre el grado de satisfacción y otra sobre la fidelidad en el sentido de volver a la misma unidad médica si pudiese escoger. Respecto a la satisfacción con la atención el puntaje se valora en promedio 8.1, en escala 1 a 10, con una cierta tendencia descendiente desde 2014. El porcentaje de usuarios(as) que regresarían a la unidad si pudiesen escoger es de 78.2% en la encuesta realizada para este estudio; inferior a lo encontrado en encuestas anteriores.

3.2. Hospitalización por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (hospitalizaciones potencialmente evitables)

La evolución de las tasas por ACSC en México y en Guanajuato muestran una tendencia similar, aunque en Guanajuato las cifras son mayores. En 2014, último año disponible, la tasa en Guanajuato fue de 395.5 hospitalizaciones ACSC por 100,000 habitantes sin derechohabiencia, y en México 386.1. No hay un estándar establecido para este indicador, pero se considera que se relaciona fundamentalmente con el acceso y calidad de la atención de primer nivel, en combinación con otros factores.

En Guanajuato, los padecimientos con las tasas más altas por hospitalizaciones ACSC son influenza y neumonía, seguido por diabetes mellitus (DM) y deshidratación y gastroenteritis.

3.3. Comparación entre unidades intervenidas y no intervenidas

El trabajo de campo realizado, tanto por medio de encuestas como de visitas a hospitales, permitió comparar indicadores de calidad percibida y de diferimiento quirúrgico entre las unidades médicas que tuvieron mejoras estructurales (unidades intervenidas) y las que no. En la gran mayoría de los casos las diferencias no son significativas, y cuando las hay estas se presentan de forma inconsistente, siendo unas veces a favor de Unidades intervenidas y en otras favorables a las no intervenidas.

3.3.1. Tiempos de espera

En promedio, el 20% de los participantes señaló que esperó más de una hora para ser atendido, 16% en usuarios de UM con intervención y 23% en usuario de UM sin intervención. Este resultado sugiere una mejora en las unidades intervenidas. Al igual que en los porcentajes de los que esperan menos de 15 minutos (47.5% en intervenidos, 38.5% en no intervenidos).

3.3.2 Diferimiento quirúrgico

Este aspecto de la calidad de la atención se estudió en encuestas a pacientes a la salida de las unidades médicas, y en hogares, a aquellas personas que tuvieron intervención quirúrgica, y se complementó con la opinión de personal de hospitales intervenidos y no intervenidos, y una revisión de expedientes de pacientes quirúrgicos en los mismos hospitales.

3.3.2.1 Cuestionario aplicado a pacientes en hogares y a la salida de Unidad Médica

Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, sugieren un mejor comportamiento en unidades intervenidas, según las encuestas en hogares. El 100% de las cirugías programadas se realizó en la fecha programada en las unidades intervenidas y un 87.5% en las no intervenidas. El 25% de los pacientes encuestados en hogares cercanos a las unidades no intervenidas comentó que tardaron de 31 a 60 días desde el momento que el médico le dijo que tenía que operarse hasta que lo operaron, pero no encontramos pacientes en UM intervenidas con dilación de 31 a 60 días. En las encuestas de salida de las Unidades, no hubo diferencia en el diferimiento (se cumplió la fecha prevista en torno al 90% de los casos), pero sí en el porcentaje de cirugía programada, que fue mayor en las intervenidas.

3.3.2.2 Entrevistas a personal directivo y de salud

Se encontró variabilidad en la gestión del proceso, tanto en UM intervenidas como no intervenidas. Fue notorio que en ninguno de los hospitales consideran tener problemas de diferimiento quirúrgico. En dos hospitales no existe un proceso definido de programación quirúrgica; uno con intervención y otro sin intervención. En los cuatro hospitales utilizan los indicadores de diferimiento señalados por INDICAS. La programación de cirugías se realiza en electrónico; a través del uso de la plataforma de programación en línea estatal, y en un hospital se cuenta con un mecanismo para el seguimiento de los pacientes previo a su evento quirúrgico.

Entre los motivos de diferimiento destaca la falta de cirujano, además de falta de insumos, así como de estudios preoperatorios.

3.3.2.3 Revisión de expedientes clínicos

El objetivo primordial fue la verificación de lo registrado en los diferentes formatos de seguimiento de la programación quirúrgica; especialmente la fecha de solicitud de cirugía, la realización de los estudios prequirúrgicos, y la realización de la intervención.

Las discordancias entre el SAHE, fuente de la identificación de casos, y los expedientes clínicos (a veces no encontrados y otras sin correspondencia en el diagnóstico e intervención) hizo que fuesen relativamente pocos los expedientes revisados (un total de 116, de 265 solicitados).

La calidad de los expedientes clínicos fue también desigual, faltando en ocasiones registros relevantes como la necesidad de la cirugía, fecha de programación, fecha de realización e identificación de motivo de diferimiento.

En los hospitales y expedientes valorados no encontramos diferencias entre hospitales intervenidos y no intervenidos.

3.3.3 Calidad percibida en los cuidados y atención por parte del personal de salud.

No hemos encontrado grandes diferencias en la calidad percibida en relación a si se trata de unidades intervenidas o no intervenidas. Adicionalmente, las pocas diferencias encontradas son inconsistentes, unas veces a favor de las unidades intervenidas y otras de las no intervenidas. En general, la percepción de mejoras en las unidades intervenidas es mayor en las encuestas en hogares que en la realizada a la salida de las unidades médicas.

Poco más del 60% de las personas encuestadas a la salida de una UM con intervención y sin intervención, tanto hospitalarias como de primer nivel refieren que el comportamiento del personal de salud en el establecimiento de salud siempre le inspira confianza.

En promedio, se califica con 8.2 al personal de salud por el trato recibido en una escala del 1 al 10. El promedio global de calificación para el personal médico fue 8.95, mientras que para el personal de enfermería la calificación es de 8.9. En ningún caso hay diferencia apreciable según tipo de Unidad (intervenida o no).

Tampoco hay diferencias significativas, aunque los porcentajes estimados son ligeramente mayores en los hospitales no intervenidas, en relación si recomendarían a su médico, haberle negado la atención, haber efectuado algún pago durante su hospitalización, o haber recibido y comprendido indicaciones sobre los cuidados que debían tener en casa.

En las unidades de primer nivel se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de las no intervenidas en los que sí recomendarían al médico tratante; los que no han tenido algún motivo para presentar queja; y a los que no se les ha negado atención en alguna unidad médica. En las unidades hospitalarias, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de hospitales respecto a no presentar alguna queja, no haber tenido algún motivo para presentar queja y a no haberse negado la atención

Como valoración/resumen, resulta notorio que no se aprecien diferencias significativas en relación a la calidad de los servicios en los hospitales intervenidos o no intervenidos durante los últimos años (2013-2016). La mayoría (entre el 44 y el 56%) de las personas encuestadas en hogares y a la salida de UM intervenidas y no intervenidas mencionaron que la calidad se mantuvo igual. Entre el 17 y el 26% respondieron que mejoró en todo, pero los porcentajes más altos se dieron para Unidades sin intervención, tanto en las encuestas de salida como en las realizadas en hogares (Figura 5).

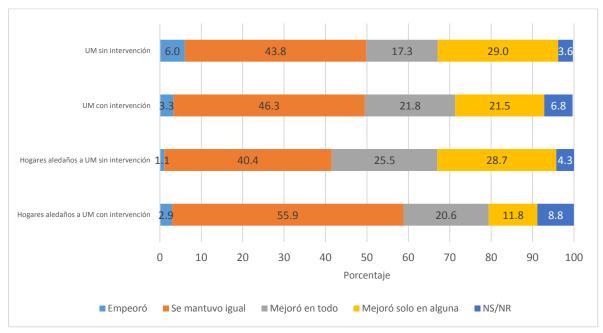


Figura 5. Calidad de los servicios hospitalarios percibida por pacientes encuestados en hogares y UM intervenidas y no intervenidas

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de evaluación de resultados de disponibilidad, calidad y accesibilidad de los servicios otorgados en las unidades de salud construidas y sustituidas en Guanajuato, 2013-2016.

Las principales mejoras percibidas se refieren al estado de las instalaciones y limpieza, seguido del buen trato que reciben y contar con los materiales necesarios para su atención.

3.3.4. Experiencia del paciente en consulta y en estancia hospitalaria.

Tampoco se encontraron grandes diferencias entre unidades intervenidas y no intervenidas en relación a los diversos indicadores explorados en este apartado. Sin embargo, en esta ocasión las diferencias existentes son mayoritariamente a favor de las Unidades intervenidas y, sobre todo, en la opinión de las personas entrevistadas en los hogares del área de influencia correspondiente.

Los indicadores de este apartado incluyen la resolución de dudas por el personal que atendió, la intención de regresar al mismo centro, el respeto a la intimidad del paciente, ambiente silencioso por la noche en los hospitales, oportunidad de comentar con el médico los aspectos que preocuparon al paciente, rapidez de repuesta del personal durante la hospitalización, y tratamiento del dolor durante la hospitalización.

3.3.5. Calidad de la atención en procesos específicos: atención al parto y atención a pacientes crónicos

3.3.5.1 Atención al parto

Los resultados encontrados en las dos encuestas realizadas (en hogares y a la salida de los hospitales) no muestran un patrón definido al comparar hospitales intervenidos y no intervenidos. Podemos destacar que, en las encuestas de salida de los hospitales, que probablemente reflejan mejor la situación actual (al menos en el

período en que se realizó la encuesta), la información recibida por las mujeres que tuvieron cesárea fue mejor (percibida como más clara) en las atendidas en hospitales con intervención.

Con relación a la explicación de cuidados del paciente y el bebé en las mujeres que tuvieron cesárea, los resultados son contradictorios si comparamos las respuestas de las encuestas en hogares a los obtenidos en las encuestas de salida de los hospitales. En estas últimas, son más las mujeres que indican que les explicaron con claridad los cuidados de la puérpera y el bebé (90%) en los hospitales con intervención en relación a los sin intervención (72.7%). Esta situación se invierte en los resultados de las encuestas a hogares, en las que el 83.6% de las mujeres con cesárea entrevistadas en hogares aledaños a UM sin intervención señalan que sí les explicaron con toda claridad, en comparación con el 48% de las mujeres con cesárea entrevistadas en hogares aledaños a UM con intervención.

3.3.5.2 Atención a pacientes crónicos: Identificación de factores de riesgo y acciones preventivas

Los resultados no sugieren una mayor captación y control de pacientes crónicos en la Unidades Médicas intervenidas. Aunque las actividades relacionadas con el control de factores de riesgo parecen ser ligeramente más frecuentes, no se puede concluir con claridad que las intervenciones hayan mejorado sustancialmente la atención a crónicos.

Los datos son muy semejantes y mejorables en unidades intervenidas y no intervenidas, en particular, toma de muestra de sangre mediante la punción para detección de DM, toma de presión arterial y medir peso y talla.

3.3.6. Disponibilidad de medicamentos

No se observaron diferencias en lo reportado en las encuestas en hogares entre Unidades intervenidas y no intervenidas. En ambos casos cerca de un 85% de los encuestados indicó que se le dio surtimiento completo. Sin embargo, en la encuesta de salida de UM intervenidas se presentó el mayor porcentaje de surtimiento completo (93.9%). Sin que sea posible diferenciar si los medicamentos no surtidos pertenecían al catálogo de CAUSES o no.

4. Análisis proyectivo

Una de las metas que persigue todo sistema de salud es contar con la capacidad instalada para atender la demanda de la población. El reto que afrontan los servicios de salud es, por tanto, cubrir la brecha existente entre la oferta y la demanda de servicios y mantener un equilibrio en el tiempo, sin descuidar los costos y la calidad de la atención.

4.1 Demanda

De acuerdo con los datos de la encuesta intercensal realizada en 2015, en el estado de Guanajuato viven 5,8 millones de personas, de las cuales, los servicios de salud del estado de Guanajuato son responsables de la

atención a la salud de 3.7 millones de personas, entre los afiliados al Seguro Popular (2.0 millones de personas) y los que no cuentan con ningún esquema de protección a la salud (1.7 millones de personas).

Como se observó en un apartado previo, una característica importante a considerar en la población con atención responsabilidad de estado, es su ubicación geográfica. Aunque el 70% de la población en el estado se encuentra concentrada en 147 localidades mayores de 2,500 habitantes, el 30% restante se encuentra dispersa en más de 8,500 asentamientos humanos cuyo rango de habitantes se encuentra entre 1 y 2,499; lo cual complica la cobertura de estas poblaciones en la entidad.

La jurisdicción de León concentra la mayor parte de población no derechohabiente, y seguida de la jurisdicción de Celaya, y la de Irapuato. Esta distribución da idea de la demanda en cada jurisdicción, misma que al complementar con la información de la oferta permite establecer la brecha en la cobertura de atención.

4.2 Oferta

Para explorar la aproximación de la oferta a la demanda se analizó la cobertura de las unidades de primer nivel de atención con base en la capacidad, considerando una cobertura máxima de atención de 3,500 personas, por núcleo básico de atención. Se encontró que existen áreas en las periferias de las grandes ciudades (León, Irapuato y Celaya) en las que no hay suficiente cobertura. En estas zonas, la demanda potencial, con referencia a la población, excede la capacidad de respuesta de las unidades de atención respecto a su capacidad instalada.

4.3 Financiamiento

El análisis financiero es un punto clave para saber la viabilidad económica del proyecto; por lo que, más allá de saber cuánto hace falta para poner en marcha la construcción, sustitución o mejora de las unidades médicas, es necesario pensar en los recursos necesarios para mantener las unidades médicas a lo largo del tiempo. Es decir, para estimar si es posible continuar en el tiempo con la política de construcción, sustitución y mantenimiento de las unidades médicas en Guanajuato, es necesario analizar el comportamiento del flujo monetario dedicado a salud en el Estado. El gasto federal y estatal en salud en el periodo de 2010 a 2016 mostraron una tendencia creciente, y ha ido cambiando su configuración, acentuándose el cambio en los últimos tres años. La *Protección social en salud* tuvo un incremento, pasando de representar el 7% del presupuesto asignado a la función salud, a nivel federal en 2006, al 27% en 2017. Sin embargo, todas las demás sub funciones presentaron una disminución en su participación en el presupuesto. La *Prestación de servicios de salud a la persona* pasó de 78% en 2006 a 65% en 2017.

4.4 Brecha entre oferta y demanda.

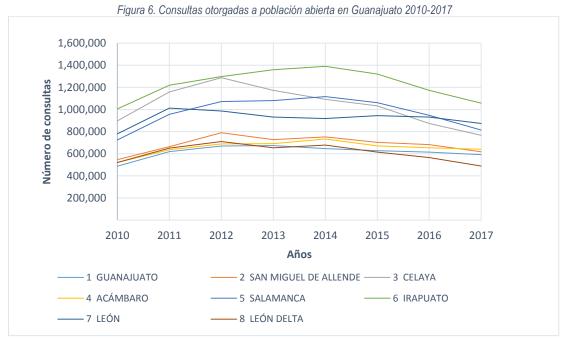
En general, se estima que los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guanajuato tienen capacidad instalada para atender, aproximadamente, al 92.2% de su población objetivo; con diferencias entre las jurisdicciones sanitarias del Estado. La brecha entre la demanda potencial y la oferta existente es de

aproximadamente 260,775 personas que no alcanzan a ser atendidas considerando la infraestructura y recursos disponibles en el Estado.

Por medio de los tableros de control, se identificó que el menor porcentaje de cobertura (83.8%) está en la jurisdicción de León, debido principalmente a la concentración de población no derechohabiente en dicha jurisdicción. En esta jurisdicción, la mayor parte de la población se encuentra concentrada en una zona bien definida por lo que se presume como factible la ampliación o construcción de nuevas unidades. Un panorama distinto se observa en otras jurisdicciones como Guanajuato y San Miguel de Allende, con 92.8% y 97% de cobertura, respectivamente. En estas jurisdicciones, la población se encuentra más dispersa, dificultando la ampliación o construcción de unidades.

Una parte sustancial para determinar la viabilidad de continuar en el tiempo con la política de construcción, sustitución o ampliación de unidades médicas es el análisis del uso de los servicios existentes. Para ello se analizó el número de consultas otorgadas a la población bajo la responsabilidad de los servicios de salud del estado de Guanajuato observando su comportamiento en el periodo de 2010 a 2017.

En la figura 6 se puede observar una tendencia creciente en el número de consultas otorgadas entre los años 2010 y 2013, pero esta tendencia se vuelve decreciente a partir del año 2014 y continúa disminuyendo hasta el último año disponible en la serie.



Fuente: Elaboración con base en la información reportada en cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud

Este comportamiento llama la atención ya que la caída en el número de consultas comienza justo en 2013, año en el que el gasto en salud del estado comienza a crecer de manera más notoria, por lo que intuitivamente se

esperaría un comportamiento contrario en la demanda expresada a través del número de consultas. Se esperaría que el crecimiento de la oferta indujera también un incremento en la demanda. Hemos intentado entender este comportamiento, profundizándo en análisis complementarios como la relación que guarda el porcentaje de población con y sin derechohabientica, respecto al número de consultas y la población total en el estado de Guanajuato, y entre población, número de médicos y consultas. Los resultados no son concluyentes. La tendencia a decrecer la demanda, podría señalar un riesgo de subutilización de recursos.

5. Beneficios directos e indirectos de la intervención en Unidades Médicas detectados durante la evaluación

5.1. Percepción de mejoras en las Unidades Médicas.

Las mejoras introducidas parecen haber sido más evidentes en el caso de los hospitales para la población encuestada en hogares dentro de la zona de influencia de UM con intervención. En los Centros de Salud, cerca del 50% de los encuestados a la salida, no ha notado ningún cambio, desde su primera visita a la fecha de la entrevista, en cuanto al número de médicos, ni en el número de consultorio o en el espacio, útil para la atención de éstos, así como en las salas de espera,

En relación a las mejoras en los hospitales, ele 22% notó que mejoraron el área de hospitalización (29% en UM con intervención y 18% en UM sin intervención), así como en el área de urgencias y en el servicio de laboratorio y gabinete (24% y 20% respectivamente.

5.2 Percepción de mejoras en los alrededores de las Unidades Médicas

El 38% ha notado que ha mejorado la iluminación en los alrededores de la UM (de primer y segundo nivel), comparando su primera visita a la fecha de la entrevista, al igual que el 36% en la limpieza cerca del establecimiento y el 30% en las calles aledañas a la UM, de acuerdo con lo reportado por los pacientes encuestados a la salida de UM con intervención y sin intervención. Y el 9% notó que ha empeorado el ruido y el tráfico alrededor de la UM desde su primera visita al establecimiento a la fecha (7% en UM con intervención y 11% en UM sin intervención), y el 13% en las rutas de transporte público.

Conclusiones

Disponibilidad y accesibilidad

El estado de Guanajuato ha realizado un esfuerzo importante en los últimos años en mejorar la infraestructura y accesibilidad a los servicios de salud de su población objetivo, tanto para la atención de primer nivel como hospitalaria. Los datos muestran un aumento de casi 100 consultorios entre 2010 y 2016, y de más de 200 camas censables en este mismo periodo. Sin embargo, siguen identificándose oportunidades de mejora en los indicadores de disponibilidad de recursos en relación a la población a todos los niveles del sistema; si bien el avance parece haber sido mayor para el primer nivel de atención, con indicadores generalmente por encima

de la media nacional, que en la atención hospitalaria que cuenta con indicadores por debajo de la media nacional, y una frecuente sobresaturación del uso de las instalaciones.

Los indicadores de recursos humanos por población también están por debajo de la media nacional y un tanto alejados de los estándares esperables. Así, el número de médicos en contacto con el paciente por 3000 habitantes, aunque aumentó de 1.46 a 1.56 entre 2010 y 2016, permanece prácticamente estable desde 2014 y representa solo poco más de una cuarta parte del promedio mundial (1.8 por 1000 habitantes, según datos del Banco Mundial) existente en los países de mediano ingreso. También hubo un considerable aumento en el número de enfermeras, pero con ratio por habitantes siempre por debajo de la media nacional y muy lejos, con 1.39 por 3000 habitantes en 2016, de las 8.8 por mil habitantes que es el promedio de los países de la OCDE.

En relación a la cobertura del primer nivel de atención, en el estado de Guanajuato habitan alrededor de 260 mil (7.2%) personas en la población objetivo de los Servicios Estatales de Salud que no cuentan con cobertura por capacidad instalada, sobre todo en zonas urbanas. Si bien es cierto que la infraestructura instalada para la atención primaria a la salud rebasa las necesidades actuales de la población objetivo del ISAPEG su distribución geográfica no cubre al 100% de la población aún. Esto apunta a la probable necesidad de construir, ampliar y fortalecer unidades de forma focalizada en la red de servicios de atención primaria a la salud para asegurar el acceso y la cobertura del primer nivel de atención a toda la población en el estado.

El tablero de control construido para este estudio muestra que el menor porcentaje de cobertura (83.8%) está en la jurisdicción de León, debido principalmente a la concentración de población no derechohabiente en dicha jurisdicción. En esta jurisdicción, la mayor parte de la población se encuentra concentrada en una zona bien definida por lo que se presume como factible la ampliación o construcción de nuevas unidades, sin embargo, también se observan localidades más dispersas en las que la cobertura no es suficiente. Un panorama distinto se observa en otras jurisdicciones como Guanajuato y San Miguel de Allende, con 92.8% y 97% de cobertura, respectivamente. En estas jurisdicciones, la población se encuentra más dispersa, teniendo como consecuencia menor probabilidad de cobertura y dificultando también la ampliación o construcción de unidades.

Un punto importante a señalar es el decremento desde 2013 en el número total de consultas en las unidades de atención primaria a la salud. Esto a pesar del aumento registrado en la infraestructura para este nivel de atención. Lo cual requiere mayor análisis para conocer sus causas, algunas posibilidades podría ser la atención de la población en los consultorios anexos a farmacias.

En relación a la atención hospitalaria, el número de egresos ha aumentado en el periodo estudiado, como un reflejo, entre otras cosas, del aumento en la infraestructura. Sin embargo, la capacidad instalada parece ser aún insuficiente. Hemos encontrado altas tasas de ocupación en la mayoría de ellos, incluso superando el

100% en más de la cuarta parte de los hospitales. Esto probablemente conlleva la utilización de camas no censables para la atención de pacientes hospitalizados con los consecuentes riesgos para los pacientes, además de incrementar de manera sub-óptima la carga de trabajo para el personal médico y de enfermería.

La accesibilidad física a los servicios, medida en términos de los tiempos de traslado al hospital, es en general aceptable y mejor que la existente como promedio a nivel nacional.

Calidad de la atención

La calidad percibida es generalmente buena o muy buena. Así, por ejemplo, la califican el 84.2% de los encuestados en nuestro estudio en relación a los hospitales, y un 78.2% declara que volvería a atenderse a la misma Unidad Médica. Sin embargo, este último porcentaje es el más bajo desde 2010, al igual que la calificación de la satisfacción tras la consulta (8.1 sobre 10). Resulta especialmente problemático que, en la mayoría de los años analizados, más del 10% de los encuestados declara haber tenido problemas de salud que no fueron atendidos, por motivos que van desde no tener el dinero hasta haberse automedicado o haber renunciado por tener que esperar demasiado o no haber podido conseguir ficha para consulta. Esto indica que, existen pocas barreras que impiden que la atención llegue a todo el que lo necesita.

En el lado positivo, hemos encontrado también que el tiempo de espera para recibir atención se ha reducido, alcanzando el nivel más bajo (promedio de 39.5 minutos) en la encuesta realizada para este estudio. Así mismo, la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, se ha venido reduciendo, particularmente desde 2011, pasando de 424.2 a 393.5 por 100,000 habitantes, aunque esta tasa es mayor que la media nacional y parece traducir problemas en la atención a enfermedades respiratorias (influenza, neumonía) y diabetes en el primer nivel de atención.

Otros indicadores sobre calidad de la atención han sido estimados para evaluar las diferencias entre Unidades Médicas que han sido objeto de intervención para lograr mejoras estructurales y las no intervenidas.

Calidad percibida según se trate de Unidades Médicas intervenidas para mejorar o no intervenidas

El resultado más destacado es la escasa diferenciación entre Unidades intervenidas y no intervenidas. Las pocas diferencias a favor de las Unidades intervenidas son en aspectos que tienen que ver probablemente con las mejoras estructurales (por ejemplo salas de hospitalización, área de urgencias, servicios de laboratorio y gabinete, y tiempos de espera), mientras que en aquellos que se relacionan más con el contenido y los procesos de atención no hay generalmente diferencias significativas, o incluso algunas son a favor de las no intervenidas (por ejemplo haber recibido información acerca de los síntomas o problemas de salud, sí recomendarían al médico tratante, o no haber tenido algún motivo para presentar queja). Todo ello comprueba, una vez más, que la estructura es condición necesaria pero no suficiente para lograr una buena calidad de la

atención, y que hacen falta estrategias dirigidas a la mejora especifica de los procesos de atención, que acompañen a las mejoras estructurales.

Entre los indicadores sin diferencias significativas entre Unidades intervenidas y no intervenidas se encuentran el diferimiento quirúrgico (que no es un problema según el personal de ambos tipos de Unidades), la confianza en el personal de salud (mayoritariamente alta en ambos casos), información sobre cuidados recibida al alta (más del 80%), respeto a la intimidad del paciente (entre el 83 y el 96% según el tipo de encuesta), la rapidez de respuesta del personal durante la hospitalización (en torno al 90%), y el tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados (entre el 84 y el 94% según el tipo de encuesta).

En relación a la calidad en general de los servicios, la mayoría en ambos tipos de Unidades indicó que sigue igual, seguido de mejora en todo o en algunas áreas, y en un pequeño porcentaje (entre el 1 y el 6% según el tipo de encuesta) la respuesta fue que empeoró.

Tampoco hubo diferencias significativas entre Unidades intervenidas y no intervenidas en relación a la atención en procesos específicos como el parto, particularmente en caso de cesárea, y pacientes crónicos.

También es notoria la diferencia entre los resultados que se obtienen para los mismos indicadores en las encuestas realizadas en los hogares y las realizadas a la salida de las Unidades Médicas. Esto puede traducir la influencia del tiempo que haya transcurrido desde que se tuvo la experiencia que se pide valorar, obviamente más reciente en las encuestas de salida, y también probablemente del entorno en el que se realiza la entrevista, menos neutro si se hace en la propia Unidad Médica.

Mejoras percibidas en el entorno de las Unidades intervenidas

Las mejoras percibidas en el entorno no son tampoco significativas. En las calles aledañas y la urbanización alrededor de las unidades médicas, menos del 40% de los entrevistados percibe que mejoró la iluminación en los alrededores de las UM intervenidas, el 36% la limpieza cerca del establecimiento y el 30% en las calles aledañas. Y 1 de cada 10, señaló que ha empeorado el ruido y el tráfico alrededor de la UM desde su primera visita al establecimiento a la fecha y el 12% las rutas de transporte público (en UM intervenidas).

Análisis provectivo

De acuerdo a lo encontrado en este estudio, se pudo establecer que el tamaño de la oferta de servicios en Guanajuato, es más un problema de distribución que de capacidad instalada, lo que sugiere que para la conformación de la red de atención a la salud en el Estado, es útil evaluar tanto el índice de concentración de la población en el área de influencia de las unidades médicas, como la suficiencia de la red por unidad productiva; esto para establecer cuáles son los condicionantes al acceso que se derivan de las características de conformación de la red de unidades de atención en Guanajuato. La construcción de nuevas unidades debe

ser sometida a un análisis riguroso que tenga en cuenta no sólo la oferta sino también las características de la posible demanda y las implicaciones en la composición del gasto en salud, tal como se indica en las recomendaciones.

El gasto en salud ha ido aumentando tanto a nivel federal como en Guanajuato a lo largo del periodo de estudio, aunque este aumento es más evidente en el caso de Guanajuato a partir de 2014. Este comportamiento muestra un flujo financiero en probable respuesta al crecimiento observado en la infraestructura. Sin embargo, sería necesario realizar un análisis más detallado de la composición del gasto en salud para ver cómo responde al incremento tanto de la oferta como de la demanda, y asegurar así la viabilidad de continuar con la política de incremento de infraestructura, que por otra parte parece ser necesaria.

Recomendaciones

Es necesario hacer un estudio de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Dirección General para la Planeación y el Desarrollo en Salud (DGPLADES) y la obtención de un certificado de necesidad, enfocado a alcanzar el 100% de cobertura. Los datos aportados en este documento y su análisis pueden formar parte de los insumos para la obtención de dicho certificado ya que toda la información aquí presentada tiene como fuente las bases de datos oficiales publicadas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

En los resultados obtenidos hay elementos sobre la existencia de población no cubierta (brecha de cobertura) y el flujo de recursos financieros, que sugieren que quizás es posible continuar en el tiempo con la política de construcción, sustitución y mantenimiento de las unidades médicas, principalmente en las localidades en las que la población no cubierta está más concentrada, como León, Irapuato y Celaya. No obstante, es imprescindible formalizarlo en el Plan Maestro de Infraestructura en Salud.

Adicionalmente, un análisis espacial de la distribución de la población y de la disponibilidad de unidades móviles podría optimizar los recursos para asegurar que el grupo de la población rural dispersa aún no cubierta pueda atenderse a través de unidades móviles.

Así mismo, el sistema de información geográfica y tableros de control construidos para este estudio pueden ser utilizados de forma dinámica para este y otros fines. Ambos tienen como fuente las bases oficiales y pueden ser a ajustados con cualquier nueva información sobre la ubicación de unidades, así como la inclusión de cualquier unidad que no figure, por la razón que sea, en las bases de datos federales.

Los datos apuntan a que se requiere un fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria en el estado. Es recomendable que los niveles de utilización de los hospitales generales se mantengan en niveles adecuados de 80% y para ello sería muy recomendable revisar las redes de referencia y contra-referencia para asegurar

que exista capacidad resolutiva en los hospitales que tienen bajos niveles de ocupación, logrando así la utilización óptima de la infraestructura.

Con todo, la oferta y demanda de servicios de salud incorporan una multiplicidad de factores los cuales deben ser analizados antes de determinar la factibilidad de continuar con una política de construcción, sustitución o ampliación de unidades médicas. Es por tanto recomendable profundizar en el análisis de viabilidad con un estudio más detallado sobre la capacidad instalada ociosa y las condiciones de la infraestructura y equipamiento de las unidades, por el lado de la oferta y, factores como el crecimiento, envejecimiento y cambios en el perfil epidemiológico de la población; la migración, accidentes de tránsito y agudización de la violencia, por el lado de la demanda. Esto a la luz de la evolución decreciente de la demanda decreciente tipificada por el número de consultas otorgadas en el estado entre 2013 y 2017, en contrapartida del crecimiento de infraestructura y recursos humanos en el mismo periodo

Con base en los resultados del estudio, se recomienda un análisis detallado de la composición del gasto en salud en el estado para ver cómo responde al incremento de la demanda a través de los años, ya que la composición del gasto en salud ha ido cambiando su configuración en el periodo de 2010 a 2017, acentuándose el cambio en los últimos tres años.

Sobre la calidad de la atención, a pesar de los evidentes esfuerzos generados por la Secretaria de Salud del estado de Guanajuato, aproximadamente la mitad de la población beneficiada percibe los cambios realizados en las unidades médicas que fueron intervenidas entre 2013 y 2016, por lo que se recomienda hacer más difusión de los cambios realizados en las UM hacia la comunidad.

En relación a problemáticas concretas, parece evidente en ambos niveles, pero principalmente en unidades de primer nivel, que un área de oportunidad para mejorar es la relación interpersonal, generar confianza para que el paciente manifieste sus dudas al personal y que se siga respetando su intimidad. En los hospitales, mejorar la comunicación el médico y la paciente que acudió a los servicios de salud para la atención del parto, ya que solo la mitad de las encuestadas en hogares cercanos a las UM intervenidas comentó que les explicaron con toda claridad los cuidados que debía tener la madre y el bebé. Es también conveniente mejorar la atención del primer nivel en la atención a patologías respiratorias y enfermedades crónicas como la diabetes, lo cual redundará en una disminución de hospitalizaciones evitables por estas causas.

Aunque el porcentaje de no surtimiento completo es bajo, ya que se surte más del 95%, es un área que no debe pasar desapercibida, si bien se desconoce si el no surtimiento se asocia a CAUSES, es indeseable que aproximadamente el 50% de los pacientes que no recibieron medicamento completo piensa comprarlo para obtenerlo, lo cual representa un gasto de bolsillo para la población afiliada.

De todas formas, la principal recomendación general en relación a la calidad de la atención es poner en marcha estrategias enfocadas a la mejora continua (planificación, monitorización y ciclos de mejora) de los procesos de atención), y específica para problemas de salud y tipos de paciente concreto. Aplicables en todas las Unidades Médicas y como acompañamiento necesario de las mejoras estructurales que se han implementado y que se puedan implementar en el futuro.

Análisis FODA

A partir del listado y análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, que se identificaron a partir de la evaluación realizada, se formulan una serie de recomendaciones complementarias a las derivadas directamente de los resultados del estudio, *que* podrían contribuir al mejor aprovechamiento de las fortalezas y oportunidades identificadas, así como a la superación de las debilidades y la neutralización de las amenazas. Estas recomendaciones son las siguientes:

- Fortalecer la difusión de las mejoras de los Servicios de salud a través de la Red de Municipios saludables.
- Establecer convenios de colaboración con los municipios para el traslado de pacientes que presenten una urgencia.
- Establecer convenios de colaboración con los municipios para fortalecer las plantillas de las unidades.
- Con base en la experiencia de algunos hospitales, establecer un programa de mantenimiento de las condiciones de acreditación, donde entre otros puntos se establezcan políticas y lineamientos para la mejora de la atención.
- Establecer convenios de colaboración con otras instituciones del sector para la mejora de procesos de atención, con énfasis en condiciones sensibles a la atención ambulatoria.
- Fortalecer la Red de Municipios y establecer convenios de seguridad y mejora de la periferia a las unidades médicas.
- Establecer convenios de colaboración con las universidades para encauzar la formación de recursos humanos para la salud y hacerla congruente con las necesidades de la población y la capacidad de absorción de la oferta laboral por el sistema local de salud.
- Gestionar ante las autoridades federales y estatales los recursos necesarios para poder hacer frente a la creciente demanda de atención y a los cambios epidemiológicos, a partir de la elaboración de un plan de crecimiento con base en un diagnóstico situacional.
- Generar las políticas necesarias de protocolización y estandarización de procesos de atención quirúrgica, para garantizar la continuidad de su aplicación.
- Elaborar un diagnóstico del estado de la infraestructura, mobiliario y equipo para poder realizar las gestiones pertinentes para la actualización con oportunidad los recursos materiales.